

(様式3)

病院移転等業務の実績書

提出者) 所在地
商号又は名称
代表者

印

病院移転等業務実績状況 (令和5年4月1日現在)

平成31年4月1日以降、250床以上の一般病床の病院において、患者移送支援業務を含む移転業務を完了した実績を、病床数の多い順から最大20施設を記入して下さい。

	病 院 名	契約期間	所 在 地 (市町村名)	病床数	備 考
1		年 月 日 ~ 年 月 日			
2		年 月 日 ~ 年 月 日			
3		年 月 日 ~ 年 月 日			
4		年 月 日 ~ 年 月 日			
5		年 月 日 ~ 年 月 日			
6		年 月 日 ~ 年 月 日			
7		年 月 日 ~ 年 月 日			
8		年 月 日 ~ 年 月 日			
9		年 月 日 ~ 年 月 日			
10		年 月 日 ~ 年 月 日			
11		年 月 日 ~ 年 月 日			
12		年 月 日 ~ 年 月 日			
13		年 月 日 ~ 年 月 日			
14		年 月 日 ~ 年 月 日			
15		年 月 日 ~ 年 月 日			
16		年 月 日 ~ 年 月 日			
17		年 月 日 ~ 年 月 日			
18		年 月 日 ~ 年 月 日			
19		年 月 日 ~ 年 月 日			
20		年 月 日 ~ 年 月 日			

※ 上記に記載された病院との契約書の写しを添付してください。(契約当事者双方の名称、契約期間、業務内容がわかる部分の抜粋で結構です。)